

診療情報提供書

川満外科用(MRI・CT検査予約票)

氏名	紹介元医療機関名
生年月日	担当医師名
性別	
予約日時	検査区分
年 月 日 時 分 午前 午後	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT

※予約時間の15分前に来院し、この用紙を受付に提出してください
(予約時間を過ぎて来院された方は、検査できない場合がございます)

持参するもの — 検査依頼票 ・ 予約票 ・ 保険証

※当日は、所要時間およそ1時間を目安にしてください

(診療の都合で多少お待たせする場合がございます)

※撮影した画像はCD-Rにして当日お渡しします

CD-Rは保険対象外のため、すべての方に1000円+税がかかります

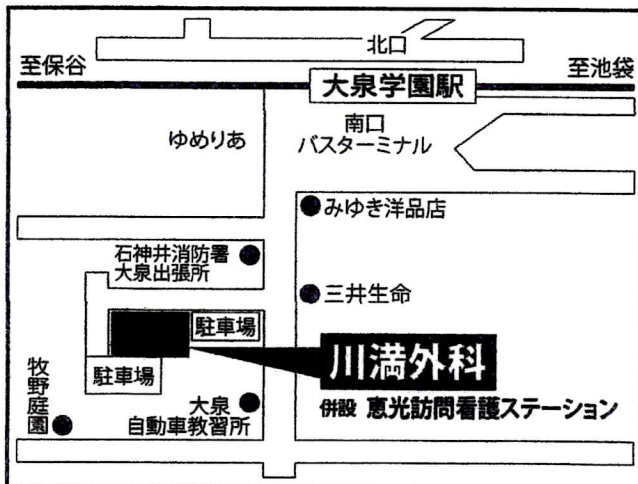
(医療費自己負担がない方もCD-R代はかかります。ご注意ください)

○ ご注意

1. 腹部の検査を受ける方 → 食事制限6時間(検査前)
2. 造影検査を受ける方 → 食事制限4時間(検査前)
→ 水、お茶はかまいませんが、それ以外の飲み物はとらないでください

※それ以外の方は飲食の制限はありません

3. 泌尿器科依頼の腹部の検査を受ける方 → 排尿制限30分(検査前)



医療法人社団 川満恵光会
川満外科
〒178-0063
東京都練馬区東大泉6-34-46
TEL 03-3922-2912